

介護保険施設 入所・退所 連絡票

年 月 日

国 東 市 長 様

(介護保険施設名)

_____ 印

次の者が下記の施設 に入所
 ・ しましたので連絡します。
 を退所

入所・退所年月日	年 月 日
----------	-------

被 保 険 者	被保険者番号											
	フリガナ											
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日					
			性 別	男 ・ 女								
	入所前住所	〒 ー										
	退所後住所 *1	〒 ー										
退 所 理 由	1、他の介護保険施設に入所したため 2、死亡 3、その他											

*1 死亡退所の場合は記載不要

保 険 者 名		保 険 者 番 号								
---------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

施 設	名 称										
	電 話 番 号	()									
	所 在 地	〒 ー									